



## Certificat médical

Nom : Prénom :  
Adresse : NP/ localité :  
Date de naissance : N°AVS :  
Institution de résidence :  
Unité-bâtiment :  
Adresse : NP/ localité :  
Assurance : N° d'assuré :  
N° de carte : N° police :

Pour des raisons de santé la personne susmentionnée ne peut pas empreinter le transport en commun et nécessite l'utilisation des services mise à disposition par Voie Verte Transport Adapté Sarl

Certificat valable du au

### Type de l'handicap (maladie)

Physique Malvoyant-Aveugle  
Mental / psychique Troubles cognitifs

Remarques :

### Moyens auxiliaires

Fauteuil roulant électrique Rollator  
Fauteuil roulant manuel Déambulateur  
Béquilles - Cannes Lit (Couchette de VVTA)

Lieu Date

**Tampon et Signature du médecin**